N° 81

5

DU

TRAITEMENT DU LUPUS

PAR L'EXTIRPATION

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Juillet 1902

PAR

Henri BLAYAC

Né à Bédarieux (Hérault), le 20 septembre 1875

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

—

1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
FORGUE . . . . Assesseur

Professeurs

Hygiène	MM.	BERTIN-SANS (✻)
Clinique médicale		GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale		TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol		GRYNFELTT
— — ch. du cours, M. Vallois.		
Thérapeutique et matière médicale		HAMELIN (✻)
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✻).
Physique médicale		IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL
Clinique chirurgicale		FORGUE.
Clinique ophtalmologique		TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie		VILLE.
Physiologie		HEDON.
Histologie		VIALLETON.
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie		GILIS.
Opérations et appareils		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		BOSC

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements	MM.	PUECH, agrégé
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées		BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.		VIRES, agrégé.
Pathologie externe		de ROUVILLE, agr.
Pathologie générale		RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. VALLOIS	MM. IMBERT
RAUZIER	MOURET	BERTIN-SANS
MOITESSIER	GALAVIELLE	VEDEL
de ROUVILLE	RAYMOND	JEANBRAU
PUECH	VIRES	POUJOL

M. H. GOT, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. FORGUE, *président.*	MM. De ROUVILLE, *agrégé.*
ESTOR, *professeur.*	Léon IMBERT, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MA MÈRE

Puisse cet hommage être une faible récompens
d'une vie de labeur et de dévouement

H. BLAYAC.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

H. BLAYAC.

AVANT-PROPOS

Le traitement du lupus a suscité un nombre considérable de méthodes et de procédés thérapeutiques. Dans ces dernières années, surtout, les traitements les plus divers ont été essayés, préconisés, attaqués et abandonnés tour à tour ; leur nombre en prouve l'inefficacité.

Les scarifications ignées ou sanglantes, la révulsion sous toutes ses formes sont encore les moyens les plus employés par les dermatologistes, qui pendant des mois et des années cautérisent ou scarifient avec patience les plaques de lupus.

Ces dernières années, la photothérapie, suivant la méthode de Finsen, a donné, dans certains cas, des résultats vraiment merveilleux ; mais, outre l'emploi d'un matériel compliqué et d'un prix fort élevé, cette méthode aurait l'inconvénient de ne pas agir dans tous les cas de lupus.

Il faut donc chercher une méthode qui puisse s'appliquer à l'ensemble de tous les cas cliniques et arriver dans un bref délai à la cure radicale du lupus, c'est-à-dire la guérison rapide, la guérison sans cicatrices vicieuses. Cette méthode existe, c'est l'ablation au bistouri, suivie ou non d'autoplastie suivant les cas.

L'ablation au bistouri semble bien devoir s'imposer

comme traitement radical du lupus, et ce pour deux raisons : d'une part, en effet, le lupus est une tuberculose locale ; quel est le traitement radical des tuberculoses locales si ce n'est l'ablation (testicule, ganglions tuberculeux, etc., etc.) ; d'autre part, le lupus peut, à bien des points de vue, être considéré comme une néoplasie à marche lente ; tous les jours, dans les hôpitaux, ne voyons-nous pas traiter les néoplasies malignes par l'extirpation, et ne considère-t-on pas cette méthode comme la cure radicale ?

D'abord très en faveur, l'ablation du lupus au bistouri fut longtemps délaissée, sous prétexte qu'elle donnait des cicatrices vicieuses. On ne doit plus, à l'heure actuelle, lui faire ce reproche. Grâce, en effet, à l'asepsie et à l'antisepsie opératoires, grâce à l'autoplastie soit par les greffes, soit par les différentes méthodes autoplastiques, nous possédons le moyen d'obtenir des cicatrices parfaites.

Pour ces diverses raisons, l'ablation au bistouri, suivie ou non d'autoplastie, doit être considérée comme le traitement par excellence du lupus ; et un grand nombre de chirurgiens (Lang, Nélaton, Hollander, etc., etc.) appliquent cette méthode. Notre maître, M. le professeur Forgue, a obtenu, dans un cas de lupus du nez, par l'ablation suivie de rhinoplastie, un résultat vraiment merveilleux. Il a bien voulu nous en communiquer l'observation, qui sert de base à notre modeste travail.

Après avoir, dans un premier chapitre, passé rapidement en revue les différents essais thérapeutiques tentés contre le lupus jusqu'à ces dernières années, et en avoir montré les inconvénients, nous étudierons l'ablation dont, après quelques mots d'historique, nous ferons

ressortir les divers avantages et l'incontestable supériorité.

Enfin, nous mettrons en lumière les résultats obtenus, et nous terminerons par la technique de l'ablation du lupus. Nous limitant au lupus de la face, nous examinerons successivement : l'ablation suivie de suture, l'ablation avec greffes de Thiersch, l'ablation suivie d'une méthode autoplastique. C'est dans ce dernier paragraphe que nous rapporterons l'observation de M. le professeur Forgue ; on pourra juger du résultat obtenu par les deux photographies prises avant et après l'opération, que nous joignons à notre étude.

Mais avant de commencer ce modeste travail, nous avons une tâche bien douce à accomplir : c'est d'exprimer à tous nos Maîtres notre respectueuse sympathie et notre profonde reconnaissance. Nous n'oublierons jamais le zèle et le dévouement qu'ils ont mis à faire notre éducation médicale.

M. le professeur Forgue nous fait un très grand honneur en acceptant de présider à la soutenance de cette thèse ; qu'il veuille bien agréer tous nos remerciements pour cette marque de bienveillance.

M. le professeur Granel nous a fortement intéressé dans son enseignement magistralement exposé. Il nous a témoigné maintes fois l'intérêt qu'il prenait à nos études, nous donnant des conseils et des encouragements. Qu'il soit assuré de toute notre gratitude !

Dans le cours de nos études médicales, nous avons pu apprécier en maintes circonstances, non seulement l'étendue du savoir et la clarté d'exposition de M. le professeur agrégé L. Imbert, mais encore sa bienveillance et son affabilité.

Que M. le professeur agrégé Jeanbrau reçoive aussi nos remerciements pour les bons conseils qu'il nous a prodigués, et pour l'obligeance qu'il a eue de bien vouloir nous aider dans ce travail.

Merci aussi à M. le docteur Ayasse, ancien chef de service à l'hôpital d'Aïn-Temouchent, qui nous a donné tant de marques de sympathie durant notre internat en cette ville.

Pendant nos études, nous avons eu les meilleures relations d'amitié avec M. le docteur H. Marquès. Ses conseils nous ont été précieux pour la rédaction de notre thèse. Qu'il accepte nos plus vifs remerciements !

DU

TRAITEMENT DU LUPUS

PAR L'EXTIRPATION

CHAPITRE PREMIER

Nous allons passer rapidement en revue les différents traitements du lupus, l'ablation exceptée, nous réservant d'en faire une étude détaillée dans un chapitre spécial.

Mais, pour faire cet exposé, une division s'impose, car, d'une part, si nous voulions suivre l'ordre chronologique, nous nous exposerions à faire une nomenclature fort aride, où se succèderaient sans liens entre eux les traitements les plus divers. D'autre part, nous ne signalerons que les procédés ayant joui d'une certaine notoriété ; nous n'avons pas l'intention, en effet, de décrire *tous* les traitements tentés contre le lupus, car bien souvent, quand il s'agit d'une méthode non sanglante, on n'a fait que substituer l'un à l'autre un médicament de même action ; ou bien, s'il s'agit d'une méthode sanglante, on n'a que légèrement modifié le manuel opératoire.

La division suivante, que donne Baur dans sa thèse, nous paraît la plus simple. C'est celle que nous suivrons :

1° Traitement général ou interne ;
2° Traitement local ou externe.

Le traitement local se subdivisant en :

1° Médications émollientes ;
2° Médications substitutives ;
3° Médications caustiques, chimiques ;
— — physiques ;
4° Médications parasiticides ;
5° Médication chirurgicale.

Nous y ajouterons une sixième subdivision comprenant trois nouveaux modes de traitement préconisés ces temps derniers : ce sont la photothérapie (méthode de Finsen), le traitement par les rayons de Rœntgen et le traitement par les courants de haute fréquence, ce que nous désignerons par :

6° Médication par les agents physiques.

I. — Traitement général ou interne

Il a extrêmement varié. Lugol recommandait un régime tonique, et la teinture d'iode à l'intérieur. Devergie remplaça l'iode par les iodures alcalins, puis il employa l'huile de foie de morue seule, à laquelle Bazin et Hardy adjoignirent le sirop d'iodure de fer. L'arsenic et le tannin ont été employés : l'iodoforme à l'intérieur a été expérimenté par Besnier. On a préconisé aussi les injections

hypodermiques à haute dose d'huile créosotée (Guinbert, Berlureaux), ou de l'huile iodoformée (Morel-Lavallée).

Malgré cette abondance de médicaments, le traitement général à lui seul n'a jamais donné un cas de guérison ; mais doit-on le rejeter complètement ? Nous ne le pensons pas, et il est juste de dire avec Besnier : « Il sera toujours utile au tuberculeux lupique d'employer, sur indications précises, le fer, le quinquina, l'iode, l'arsenic, etc., les cures hydrothermales, salines, sulfureuses, arsenicales, etc. Mais toujours avec cette réserve qu'employés seuls, ces médicaments ou ces médications sont toujours insuffisants à guérir le lupus. »

II. — Traitement local ou externe.

1° Médications émollientes. — Dans le but de faire tomber les croûtes, on a employé divers émollients : cérat, glycérine, huile d'amandes douces, cataplasmes de fécule, douches locales de vapeur, compresses d'eau chaude, etc., etc.

2° Médications substitutives. — On s'est servi de l'emplâtre de Vigo, de la teinture d'iode, du perchlorure de fer, de la glycérine iodée, de l'huile de cade, etc. On a abandonné assez vite cette médication pour avoir recours à des caustiques plus énergiques.

3° Médications caustiques. — On a eu recours aux caustiques chimiques et aux caustiques physiques.

a) Caustiques chimiques. — On s'est servi de la pâte de Canquoin, de la potasse, du nitrate d'argent, de la tein-

ture d'iode, des acides sulfurique et nitrique, du biiodure de mercure (Hardy), etc. Pendant longtemps, cette médication caustique a été employée : aujourd'hui elle est abandonnée en tant que méthode générale pour les raisons suivantes : les cautérisations sont très douloureuses et doivent être répétées souvent ; elles atteignent les tissus sains, d'où cicatrices vicieuses, difformes, irrégulières ; les guérisons sont exceptionnelles, mettant des mois et des années à se produire.

b) *Caustiques physiques.* — Besnier s'est d'abord servi du *thermocautère*. Il pratiquait sur le lupus des scarifications ponctuées et, de préférence, des scarifications linéaires. Il l'a ensuite abandonné pour le *galvanocautère*. Les inconvénients de ces deux méthodes sont, de l'aveu de Besnier lui-même, la multiplicité des séances, la douleur assez vive, et ne pouvant pas être combattue par l'anesthésie locale, la cicatrisation très souvent défectueuse. De plus, un grand nombre de lupus sont rebelles à leur emploi.

L'*électrolyse* a été préconisée dans le traitement du lupus par Gartner et Lutzgarten. Jackson, de New-York, dit aussi en avoir obtenu de bons résultats ; mais on peut reprocher à cette méthode d'exiger un appareil compliqué, de nécessiter plusieurs séances, d'être assez douloureuse, et au point de vue guérison, de l'avis de ses auteurs eux-mêmes, de n'être applicable que si l'infiltration lupique s'étend jusqu'à la surface de la peau ; de plus, si elle donne de belles cicatrices, elle atteint difficilement tous les foyers lupiques, d'où récidives très fréquentes.

4° Médications parasiticides. — Les agents de cette médication entrèrent dans la thérapeutique quand fut décou-

verte l'origine tuberculeuse du lupus. Rich et Kaposi ont employé l'iodoforme en couche de plusieurs millimètres, Vidal l'iodol, Doutrelepont le sublimé, White, Unna, Ameglio l'acide salicylique. La résorcine a été préconisée par Morice dernièrement (Société império-royale des médecins de Vienne, 13 juin 1902). Ehrmann a présenté un cas de lupus traité par la résorcine *pendant quatre ans*, et dont la guérison se maintiendrait depuis cinq ans.

Zeisler emploie un mélange à parties égales d'iode, d'acide phénique et de chloral. Kaposi, Hebra, Neumann ont essayé l'alcool. Fournier, Du Castel, Brousse (de Montpellier) ont vanté les injections de calomel, mais il est reconnu que si cette médication guérit les ulcérations lupiques, elle laisse persister des nodules périphériques, d'où récidives.

La lymphe de Koch, dès son apparition, fut employée en Allemagne comme traitement du lupus ; mais en présence des résultats déplorables que donne ce procédé, on y renonça bien vite.

A côté des médicaments parasiticides, nous devons citer un certain nombre d'agents thérapeutiques dont les propriétés sont multiples, antiseptiques et caustiques, antiseptiques et réductrices, qui ont été employés dans le traitement du lupus.

L'acide chrysophanique, l'acide chloro-acétique, la thiosinamine, ont été vantés par divers auteurs. L'acide pyrogallique a été recommandé par Schwemmer ; mais Besnier, Vidal, Neisser ont vu de graves accidents occasionnés par son emploi, chez un certain nombre de malades.

Mosetig Moor, Von Mœstig, Doyen, Tripier, auraient obtenu quelques résultats par l'emploi de l'acide lactique.

Le permanganate de potasse, considéré comme infaillible par Schulz, est vanté aussi par Butte et Hallopeau.

Au total, aucun des nombreux médicaments que nous venons de citer n'est le spécifique du lupus ; si chacun d'eux revendique un certain nombre de guérisons, elles sont toujours rares et controversées, et le traitement se prolonge outre mesure.

5° Traitement chirurgical (ablation exceptée). — *a) Raclage.* — Ce procédé est dû à Volkmann, qui l'employa le premier en 1870. Nous ne nous étendrons pas sur le manuel opératoire ; disons en deux mots que cette méthode consiste à gratter avec une cuillère tranchante l'infiltration lupique et à enlever tout le tissu morbide.

La curette de Volkmann est à peu près abandonnée, à cause de ses trop grandes dimensions: Balmanno Squire en diminua le volume. Vidal inventa une curette en forme de lame étroite, courbée en arc de cercle, à bords tranchants, une sorte de griffe ; Besnier fit construire une curette sans fond, une sorte d'anneau à bords tranchants.

Cette méthode présente deux grands inconvénients : 1° la repullulation se montre très souvent, soit par suite d'auto-inoculation, soit par impossibilité d'attaquer ou de détruire tous les foyers profonds ; 2° si le raclage est poussé jusqu'au delà des tissus sains, il produira des cicatrices vicieuses.

b) Scarifications. — Inventées par Balmanno Squire, perfectionnées ensuite par Vidal, elles consistent à faire sur toute l'étendue de la surface malade, mais plus spécialement à la périphérie, des incisions très rapprochées

se croisant sous des angles aigus, de façon à dessiner des losanges très petits.

Qu'a-t-on obtenu par ce traitement ? Ses auteurs eux-mêmes avouent qu'avec une grande habitude, avec un lupus peu étendu, on peut, en une dizaine de séances, détruire *la plupart* des noyaux tuberculeux. L'auto-inoculation est à craindre. D'autre part, dans beaucoup de cas, les séances de scarifications nécessaires deviennent tellement nombreuses que patient et médecin finissent par en être lassés.

6° Médication par les agents physiques. — *a*) *Les rayons Rœntgen* ont été employés comme traitement du lupus par divers auteurs. Schiff et Freund, Lang, Hall-Edwards ont publié quelques cas de guérison obtenus par ce procédé. D'après Himmel, les cicatrices consécutives sont molles, fines, élastiques. Les cas de guérison publiés sont-ils des guérisons définitives ? Kaposi ne le croit pas, car, d'après lui, « il reste toujours des reliquats de foyer morbide qui sont la cause de récidives, de sorte qu'il faut ensuite recourir aux méthodes de cautérisation et d'extirpation ».

b) *Les courants de haute fréquence* ont été essayés par Brocq et Bisserié. Pour eux, cette méthode présenterait les avantages suivants : 1° elle n'exige que des séances très courtes ; 2° elle ne défigure pas les malades, qui peuvent vaquer à leurs occupations ; 3° elle n'est pour ainsi dire pas douloureuse. Cependant, disent ces auteurs, nous ne présentons pas ce mode de traitement comme un traitement héroïque, car il n'est pas malheureusement infaillible et échoue dans un certain nombre de cas. On peut lui reprocher, en outre, de nécessiter un

matériel très compliqué et d'un prix très élevé, qu'on ne peut trouver que dans les grands centres.

c) Photothérapie ou méthode de Finsen. — Depuis 1895, Finsen utilise, dans le traitement du lupus, l'action des rayons violets et ultra-violets. Ce traitement aurait l'avantage de ne pas être douloureux et de donner des résultats vraiment merveilleux au bout de quelques séances. Les cicatrices obtenues sont souples, très satisfaisantes, et quant aux récidives elles se présentent quelquefois, mais fort peu, car bon nombre de malades ont pu être suivis longtemps après leur guérison.

Brocq trouve quelques inconvénients à cette méthode : il existe des cas qui lui sont réfractaires, le traitement est compliqué et dispendieux ; parfois il persiste quelques nodules en activité, que l'on doit traiter par l'ignipuncture.

d) En 1901, Danlos et Bloch ont présenté à la Société de dermatologie et syphiligraphie deux cas de lupus érythémateux traités par des applications de radium. Le principe de la méthode repose sur ce fait que certains sels d'uranium et radium émettent des rayonnements (dits rayons uraniques ou de Becquerel) qui traversent les corps opaques. Cette méthode aurait l'avantage d'être très facilement applicable, car il suffit d'un petit sachet contenant un sel de radium, maintenu pendant un certain temps sur le lupus.

Nous n'insistons pas davantage ; ce traitement est encore à son début, et nous ne voulons préjuger en rien de ce qu'il pourra fournir.

CHAPITRE II

DE L'ABLATION DU LUPUS. — HISTORIQUE

L'ablation du lupus, proposée par Hopp, de Bonn, « fut, dit Brocq, autrefois assez employée, puis on s'est aperçu qu'elle ne met pas toujours à l'abri d'une récidive ; aussi l'avait-on abandonnée. On a actuellement tendance à y revenir et à la combiner avec la transplantation épidermique d'après le procédé de Thiersch. »

L'abandon de cette méthode ne fut cependant pas complet, et nous croyons devoir signaler l'article de Stowers (*The Practionner*, 1886) dans lequel cet auteur préconise son emploi et conseille l'abrasion dans le traitement du lupus

Dès 1883, il est vrai, Hahn, dans une étude approfondie du lupus des extrémités, avait publié le résultat de ses observations, et conseillait le grattage suivi de greffes de Thiersch.

Vint après l'observation de Schwartz ayant trait à un lupus rebelle du front. Ce chirurgien en pratiqua l'extirpation totale, suivie d'une autoplastie par la méthode italienne.

Roux (Société vaudoise de médecine, 1885) préconise le grattage suivi de greffes.

En 1891, parut la thèse de Baur, conseillant comme traitement du lupus l'ablation suivie de greffes. Cette question fut l'objet d'une discussion à la London medical Society, et les dermatologistes anglais conseillèrent l'ablation suivie de la greffe à grands lambeaux.

Enfin, en 1894, Bidderel, dans un article qui a trait sur bien des points à l'ablation chirurgicale, conseille le traitement radical du lupus.

A part ces quelques timides essais, l'ablation restait dans un oubli complet. Comment cette opération, la plus rationnelle cependant, puisque le lupus est une tuberculose locale et qu'on traite journellement les tuberculoses locales par l'ablation (testicule, ganglions tuberculeux, etc..), est-elle restée longtemps dans le discrédit, a-t-elle été laissée de côté par la plupart des chirurgiens et repoussée par les dermatologistes ? Ces derniers, qui consacrent de longues pages aux méthodes non sanglantes, font à peine mention de l'ablation, et ce n'est que pour la déconseiller qu'ils lui consacrent quelques lignes. Besnier et Thibierge notamment, ne croient pas cette méthode applicable aux lupus de la face, et pour les lupus larges des membres, elle ne leur paraît pas sensiblement supérieure aux autres modes d'intervention. Nous avons déjà vu que, d'après Brocq, elle aurait été abandonnée parce qu'elle ne met pas à l'abri d'une récidive ; il est vrai que cet auteur ajoute timidement : « Nous croyons qu'on peut essayer d'y avoir recours dans certains cas de lupus minuscules que l'on enlève largement, surtout lorsqu'ils siègent en des endroits habituellement recouverts de vêtements.» On lui a reproché aussi d'être rendue impossible par le siège, l'étendue en surface et en profondeur du délabrement et des cicatrices toujours affreuses au visage par le danger des auto-inoculations : et ces critiques

ont été formulées par d'éminents dermatologistes dont les ouvrages sont classiques : Devergie, Neumann, Bazin, Hardy; et, avec une patience inlassable, ces auteurs administrent pendant de longues années l'huile de foie de morue et les badigeonnages les plus divers.

Les reproches adressés à l'ablation ont pu être justifiés à l'époque où toute plaie était presque fatalement infectée, où la technique opératoire était encore hésitante et mal établie. Mais aujourd'hui que l'on réalise l'asepsie d'une façon parfaite, que l'on ne doit plus connaître les suppurations consécutives aux interventions chirurgicales, que l'on possède une technique précise, mathématique pourrait-on dire, que l'on est doté d'un admirable arsenal d'instruments, toutes ces critiques n'ont plus leur raison d'être et doivent disparaître.

Aussi, de nos jours, est-on revenu avec enthousiasme à l'ablation, et dès 1897, au Congrès des médecins allemands de Francfort-sur-le-Mein, nous voyons Schulze recommander l'extirpation, malgré l'opposition de Behrend, qui lui préfère le traitement médicamenteux.

En 1899, Hollânder, dans un travail sur le lupus du nez, est d'avis d'enlever au bistouri les lésions lupiques et de faire soit une suture, soit une opération plastique.

En 1900, au Congrès de dermatologie et syphiligraphie, Lang fait voir les résultats merveilleux qu'il a obtenus par ce procédé ; Nélaton, Schiff et tant d'autres font part des guérisons qu'il leur a données. A la suite de ces diverses communications, d'éminents dermatologistes se sont nettement prononcés en faveur du traitement opératoire : cet appoint lui donnera, sans aucun doute, la plus heureuse impulsion.

Nous pensons fermement que cette méthode est appelée à se substituer aux nombreux essais thérapeutiques dont nous avons déjà montré les multiples inconvénients.

CHAPITRE III

AVANTAGES DE L'ABLATION DU LUPUS

Deux ordres d'avantages militent en faveur du traitement par l'ablation : les premiers sont d'ordre social, les autres d'ordre médical.

Au point de vue social, l'ablation du lupus, et notamment du lupus de la face, offre des avantages d'une portée considérable. Non seulement la difformité et la taille exagérée des nez ont fourni à l'esprit gaulois de nos pères ample matière à raillerie, ainsi que le prouvent certaines chansons du temps jadis ; mais on éprouve de la répulsion en même temps que de la pitié pour ces malheureux qui ont le nez ou une portion quelconque de la face ulcéré, détruit par un processus inflammatoire ou néoplasique. A la longue, fatigués de se sentir un objet de répugnance, le découragement s'empare d'eux, et ils cherchent dans la mort la fin de leurs tourments. On connaît l'attristante histoire de ce soldat qui, au siège d'Alexandrie, eut la moitié de la figure emportée par un boulet ; Larrey lui sauva la vie ; pendant 20 ans, il porta un masque pour cacher l'horrible mutilation, mais un jour, découragé, il eut recours au suicide.

La laideur peut aussi être un obstacle à certaines car-

rières, à la carrière militaire notamment. La question fut posée par Nélaton à la séance du 16 janvier 1901 de la Société de chirurgie, à propos de la présentation d'un opéré du lupus par l'ablation et l'autoplastie ; ce chirurgien a demandé aux médecins militaires, membres de la Société, si, à la suite de rhinoplastie, les rangs de l'armée seraient ouverts aux jeunes gens embellis par l'opération.

La question se pose également pour les jeunes filles, auxquelles seraient refusées les joies de la famille et de la maternité.

L'art a essayé, il est vrai, de corriger la nature, de porter remède aux difformités physiques. D'ingénieux inventeurs ont confectionné des appareils prothétiques, qui sont des chefs-d'œuvre d'habileté ; mais s'ils arrivent à embellir la physionomie, ils n'en sont pas moins gênants et incommodes et jouent le rôle de corps étranger. Sans les rejeter complètement, il nous semble que, puisqu'à l'heure actuelle nous possédons, grâce à l'asepsie opératoire et aux différentes méthodes autoplastiques, le moyen de réparer de vastes pertes de substance tout en obtenant des cicatrices parfaites, le chirurgien doit, toutes les fois qu'il le peut, éviter l'emploi de ces divers appareils prothétiques.

Parmi les avantages d'ordre médical, nous comptons la rapidité et la stabilité de la guérison. Qu'est, en effet, l'ablation du lupus ? C'est débarrasser l'organisme d'une partie nuisible, d'une source d'infection. C'est là le but de toute intervention chirurgicale ; chaque fois que l'on porte le bistouri en un point quelconque de l'économie, c'est pour enlever une production pathologique défavorable : tumeur, séquestre, foyer de bacillose, etc. N'enlève-t-on pas tous les jours des épithéliomas, des cancroïdes de la face ? Les épithéliomas, en particulier,

sont toujours traités par l'ablation, et, cependant, on voit trop souvent, hélas! des récidives, non seulement locales, mais aussi dans le voisinage et en des points éloignés, malgré le soin apporté à la destruction complète du tissu épithéliomateux. Avec le lupus, les récidives doivent être moins fréquentes, nulles même, car sa marche est beaucoup plus lente que celle de l'épithélioma : il envahit bien moins vite les régions environnantes, ne contracte pas d'adhérences avec les organes sous-jacents et ne généralise pas. Si on enlève bien toutes les nodosités et tous les tubercules, si on fait une extirpation large, dépassant en surface et en profondeur les limites apparentes de la lésion, si, en un mot, on enlève tous les tissus lupiques, la récidive ne sera pas à craindre, et ainsi que nous le montrerons plus loin, les résultats seront excellents.

L'opération, semblable à l'ablation d'un épithélioma, sera d'une simplicité extrême; on enlèvera largement tous les tissus malades : on suturera pour les lupus de peu d'étendue; on fera une opération plastique pour les lupus larges; la cicatrisation se fera rapidement, dans un laps de temps très restreint. Que de longues et douloureuses séances d'ignipuncture, d'électropuncture, de scarifications, de cautérisations de toutes sortes seront évitées au malade et au médecin par cette opération ! Au lieu de plusieurs années d'angoisse, de découragement, de douleur, ce sera la joie de la guérison, l'oubli de la souffrance.

Rien ne saurait mieux montrer la supériorité de l'ablation, qu'une observation due à M. Leredde, que malgré sa longueur nous allons reproduire ; car à elle seule, elle démontre les multiples inconvénients des différentes méthodes thérapeutiques. Que de temps perdu, que de souffrances inutiles auraient été évitées au malade qui

fait le sujet de cette observation, si l'ablation avait été pratiquée dès le début de sa maladie !

A la Société de dermatologie et syphiligraphie, séance du 15 avril 1901, à la suite d'une présentation de lupiques traités par le permanganate de potasse par M. Hallopeau, M. Leredde donne l'histoire d'un malade qu'il observe en ce moment et qui a suivi, entre autres, ce traitement :

M. D..., officier, est atteint d'un lupus tuberculeux dont le début est très ancien : âgé de 11 ans, il a vu les premières lésions survenir alors qu'il était âgé de 8 ans, sous forme d'un petit bouton qui apparut au niveau de la joue gauche. Ce bouton suppura, se recouvrit de croûtes plusieurs fois arrachées par le petit malade, et bientôt fut remplacé par une petite tache érythémateuse. Notre malade habite à cette époque la campagne ; ses parents ne prennent pas la peine de consulter un médecin pour ce qu'ils croient être un simple bobo, et on le soigne par différents remèdes de bonne femme. Il arrive ensuite au collège : l'affection n'est toujours pas reconnue, et le docteur de l'établissement se contente de pratiquer *quelques cautérisations au nitrate d'argent.*

M. D... poursuit ses études, il est reçu à St-Cyr en 1882. Les lésions ont progressé avec une lenteur extrême jusqu'à ce moment, en s'étendant par la périphérie comme une goutte d'eau qui s'étale ; elles forment à cette époque un petit placard ayant à peu près les dimensions d'une pièce de 2 francs. A son arrivée à l'école militaire, M. D... est examiné par le médecin-major, qui porte le diagnostic de lupus érythémateux et procède pendant le séjour de M. D. à l'école *à une dizaine de séances de scarifications.* Les lésions restent stationnaires : ni régression, ni accroissement. M. D..., devenu officier, arrive à

Lyon en 1887 ; il se rend à l'Antiquaille et consulte le docteur Aubert, qui diagnostique un lupus tuberculeux et fait *dix séances de pointes de feu ;* à leur suite le malade observe une cicatrisation *apparente* de ses lésions. Cette *amélioration* se maintient pendant deux ans, puis le placard lupique reprend son premier aspect En 1891, *voulant en finir,* M. D... vient à Paris et fait un séjour au pavillon Gabrielle pendant lequel on lui fait 18 *séances de scarifications.*

Le placard lupique s'accroît peu à peu après ce traitement et ses dimensions deviennent à peu près celles d'une pièce de 5 francs.

Ne pouvant prolonger son séjour à Paris, le malade rejoint son régiment, où le médecin-major régimentaire lui fait encore *quelques séances de scarifications.*

Depuis les poussées qui avaient suivi les premières scarifications, les lésions étaient restées stationnaires, lorsque M. D..... revient à Paris en 1895, où *il est traité par l'application de la pâte de Vienne et de la pâte de Canquoin.* Deux mois après seulement, commençait à se produire la cicatrice de l'ulcération amenée par les topiques.

Mais, *six mois plus tard,* apparaissaient deux points nouveaux : un devant l'oreille et un sur la joue, au-dessus de la cicatrice néoformée.

Pour la *troisième fois,* M. D..... revient à Paris et subit encore une *quinzaine de séances de galvanocautère* sur ces points nouveaux.

Pendant deux ans, nous ne trouvons plus de date marquante dans l'histoire de ce traitement, dans la poursuite duquel M. D..... avait déjà fait preuve d'une constance digne d'une guérison définitive. Notons simplement en 1897, pendant trois mois, *un essai de la méthode Kneipp*

par le malade, momentanément découragé des traitements rationnels. Nous le retrouvons en 1898, à Narbonne, soigné par des applications de compresses imbibées d'une *solution de chlorate de potasse à saturation*, puis des compresses imbibées d'une *solution de bleu de méthylène*.

Sur ces entrefaites survient une poussée très forte ; une multitude de points nouveaux apparaissent et les lésions se recouvrent de croûtes sous lesquelles stagne une sérosité purulente.

Mais une complication salutaire intervient : le malade contracte un érysipèle de la face, qui amène une cicatrisation apparente.

M. D..., ayant l'occasion de faire ce voyage, revient à Paris à la fin de 1898 et subit de nouveau *cinq séances de galvano-cautérisation*.

Nouvelle période de repos après *ce traitement, qui dure depuis 25 ans !* Cette fois-ci, l'accalmie est de deux ans.

Les lésions ne progressent plus et le malade, fatigué ou découragé, se contente de cet état stationnaire, de cette sorte de trêve momentanée.

Eprouvant pourtant de nouveau le désir d'en finir, M. D. . refait une cinquième fois le voyage de Paris en janvier dernier et, cette fois-ci, on lui prescrit un traitement par le *permanganate de potasse*. M. D... repart pour Narbonne et, *pendant 15 jours,* du 1er au 15 février, applique régulièrement chaque jour, pendant 15 minutes, des compresses imbibées avec une solution de permanganate à 12 p. 100. Il observe presque instantanément, dès les deux premières applications, un affaissement considérable des lésions qui étaient auparavant en saillie ; en même temps, elles pâlissent et, de rouge pourpre, passent à une teinte rosée. Enchanté, M. D... fit part de ce résultat au médecin qui l'avait soigné, qui

prescrit également par lettre de continuer les applications de permanganate, mais en alternant d'un jour à l'autre avec une pommade résorcinée à 10 p. 100.

Le malade suit ce nouveau traitement pendant huit jours, mais, constatant une poussée nouvelle, les lésions redevenant rouge pourpre et s'étendant rapidement par la périphérie, il revient de lui-même au traitement par le permanganate seul, appliqué quotidiennement. Des points nouveaux tendent à apparaître du côté du nez. Il se décide à retourner à Paris, avec l'espoir d'obtenir de la photothérapie une guérison définitive.

A la suite de cette observation, Leredde ajoute : « J'ai été conduit à une conclusion d'apparence paradoxale qui est la suivante : toute méthode non curative est dangereuse ; elle est même d'autant plus dangereuse qu'elle produit des résultats apparents plus satisfaisants pour le médecin et pour le malade. Ce paradoxe, que je crois être une vérité sera compris, je pense, comme je le comprends moi-même, si on veut bien faire le raisonnement suivant : Voici une femme atteinte de cancer du sein tout à fait au début ; nous disposons de moyens pour retarder la marche du cancer, par exemple les injections de cacodylate de soude. Nous disposons d'un moyen curatif, l'ablation. J'ose affirmer que les injections de cacodylate sont dangereuses, à la période où l'on peut espérer guérir complètement le malade, et que le médecin ne doit pas employer un procédé d'amélioration s'il a en mains un procédé de guérison.

» *Eh bien ! je prétends que, dans tout lupus curable, le médecin ne doit employer que les procédés curatifs, puisqu'il en existe.*

» Il serait facile de trouver de nombreux faits semblables à celui que je rapporte plus haut, et d'écrire le triste

roman de ces misérables qui courent après des guérisons qui ne viennent pas, parce que les médecins se contentent de chercher à les améliorer, au lieu de refuser toute méthode qui ne les guérit pas, ou emploient d'une manière incomplète les méthodes qui peuvent les guérir. »

Parmi ces méthodes, l'ablation totale n'est-elle pas la plus simple et la plus radicale ? N'a-t-elle pas donné d'excellents résultats, ainsi qu'on pourra en juger en lisant le chapitre suivant ?

Aussi concluons-nous avec Lang : « J'espère qu'on aura recours à l'extirpation dans tous les cas où elle peut être exécutée d'une façon radicale.

» On guérira ainsi en quelques jours ou en quelques semaines des malades atteints d'une affection horrible, dont ils avaient inutilement poursuivi le traitement pendant de longues années ; on rendra le goût de la vie à des gens que leur mal mettait en quelque sorte au ban de la société, et qui étaient à charge aux autres ou à eux-mêmes. En un mot, on rendra le bonheur à des désespérés et on sera récompensé par leur gratitude éternelle. »

C'est aussi l'opinion de Morestin, qui dit à propos du traitement du lupus : « Le traitement chirurgical peut donner des résultats remarquables, à condition que l'extirpation soit complète et que la plaie soit immédiatement réparée. La guérison est alors obtenue avec une rapidité qui contraste avec l'extrême lenteur de l'amélioration que procurent les procédés de scarification, cautérisation, etc., etc. ; elle est infiniment plus stable ; enfin, au point de vue esthétique, si l'on n'approche pas toujours de l'idéal, on embellit ces malades très suffisamment pour les contenter. »

CHAPITRE IV

RÉSULTATS DE L'ABLATION

Peu nombreux sont les chirurgiens qui ont jusqu'à ce jour traité par l'ablation un grand nombre de cas de lupus. Aussi les statistiques publiées sont-elles rares et ne portent-elles que sur un nombre de cas assez restreint.

En 1890, Schwartz publie une guérison parfaite d'un lupus du front, traité par l'extirpation suivie d'autoplastie par la méthode italienne.

Urban, au XX[e] Congrès des chirurgiens allemands, tenu à Berlin en 1892, dit qu'en raison de l'exactitude de toutes les autres méthodes de traitement du lupus, on a dans ces dernières années, à la clinique chirurgicale de Leipzig appliqué avec succès à un certain nombre de lupus de la face l'excision et la transplantation de Thiersch. Il ne donne malheureusement pas de chiffres.

Baur dans sa thèse (1891) indique le résultat très favorable obtenu par Vautrin dans trois cas de lupus de la face : guérison parfaite, pas de récidive au bout d'un an.

Au LXVI[e] Congrès des naturalistes et médecins tenu à Vienne en septembre 1894, Schiff donne la statistique suivante : 17 cas de lupus traités par l'extirpation, dans 5 cas récidive.

Le 17 novembre 1897, à la Société viennoise de dermatologie, Deustch présente une jeune apprentie qui a été opérée en été d'un lupus tumidus de la joue droite dont l'étendue dépassait celle de la paume de la main. La plaie fut recouverte par un lambeau de peau de la région sous-maxillaire. Il existait aussi un foyer lupique sur le front, qui fut extirpé peu de jours après ; la plaie fut recouverte par le procédé de Thiersch. Plusieurs petites opérations furent ensuite nécessaires, soit pour restaurer des fragments de lambeaux nécrobiosés, soit pour faire disparaître de légères défectuosités.

En octobre 1897, la guérison était complète.

A la Société berlinoise de dermatologie, le 1er février 1898, Rosenthal présente un malade qui avait sur la face dorsale d'une main, une tuberculose verruqueuse de la peau, sur le bras un scrofuloderme et sur le lobule de l'oreille gauche un lupus. Ces trois foyers ont été enlevés, les plaies recouvertes par la greffe de Thiersch : le résultat est très satisfaisant.

Dans le courant de la même année, Buschke publie les chiffres suivants : 22 cas opérés, 1 récidive.

A Dusseldorf, au Congrès des chirurgiens allemands 1898, Schultze donne pour les lupus de la face : 57 opérés, 16 récidives.

Toujours en 1898, Tavastjerna rapporte 20 cas de lupus traités depuis 1895 par Schulten au moyen de l'extirpation totale. Sur 18 de ces cas opérés depuis moins de 2 ans (dont 11 avec rhinoplastie nécessaire), dans cinq cas la guérison a été persistante et sans rechute ; sur les 13 autres cas, 4 ont récidivé dans l'année qui suivit l'opération. Il regarde cependant l'extirpation totale comme indiquée même dans les cas graves, parce que les malades

peuvent être délivrés pour un temps parfois très long d'une affection des plus défigurantes.

A la Société de chirurgie, le 17 juillet 1899, Nélaton présente une jeune femme opérée, par le procédé de Tagliacozzi, de lupus ayant détruit la face dorsale du nez. Résultat excellent.

A la Société française d'ophtalmologie en mai 1899, de Gouvea rapporte un cas de cure radicale de lupus palpébral par l'excision et la blépharoplastie, dont le résultat parfait se conservait tel un an après l'intervention.

Mais les statistiques les plus importantes sont dues à Nobl et surtout à Lang, qui a été, peut on dire, l'apôtre de l'ablation du lupus. Le premier cite 20 observations suivies pendant un temps assez long pour qu'on puisse considérer la guérison comme définitive.

Lang, au Congrès de dermatologie et syphiligraphie de 1900, présente 46 cas de guérison radicale sur 55 opérés. La durée d'observation après la guérison s'étend dans 11 cas jusqu'à une année, dans 17 cas jusqu'à deux années, et dans les 18 autres la surveillance a été continuée pendant un laps de temps considérable atteignant près de 7 ans. Il y a eu 9 récidives, dont l'apparition a varié de 6 mois à 5 ans 1/2.

Plusieurs des malades, définitivement guéris par l'extirpation, étaient atteints de lupus très étendus, et avaient été traités en vain pendant des dizaines d'années par d'autres méthodes. « Jusqu'à présent, dit Lang, aucune autre méthode n'a donné d'aussi bons résultats ; j'espère qu'ils seront un encouragement à recourir à l'extirpation. »

Ce qui ressort de ces chiffres, c'est que l'extirpation compte malheureusement quelques cas de récidives. Ces cas, il est vrai, sont peu de chose à côté des guérisons radicales et des succès incontestables obtenus. Quel est,

parmi tous les autres procédés thérapeutiques, celui qui peut revendiquer autant de *guérisons radicales* et non pas d'*améliorations* ?

Il existe quelques cas de récidives, soit ; mais le temps écoulé, 6 mois, 1 an, 2 ans et même 5 ans, entre la guérison et la récidive, n'est-il pas une période de repos, de bien-être ? N'est-ce pas déjà un bienfait inappréciable que de débarrasser, ne fût ce que momentanément, les malheureux lupiques de leur attristante infirmité, de leur donner quelques années, quelques mois de joie et de bonheur ?

CHAPITRE V

TECHNIQUE

Les dimensions plus ou moins grandes du lupus, et surtout l'étendue plus ou moins considérable de la perte de substance consécutive à l'ablation du tissu lupique, exigent une technique opératoire plus ou moins compliquée.

Les petits lupus très localisés n'obligent pas le chirurgien à tailler des brèches énormes, à l'instar des lupus serpigineux qui envahissent des surfaces très étendues.

Aussi, nous basant sur ces données, devons-nous établir plusieurs modes d'intervention :

1° Ablation avec suture des lèvres de la plaie ;
2° Ablation avec greffes de Thiersch ;
3° Ablation avec autoplastie cutanée { méthode italienne, méthode française, méthode indienne.

1° *Ablation avec suture.* — Lorsque les dimensions du lupus sont peu considérables, lorsque sa localisation, très limitée, n'exige pas la destruction d'une grande quantité de tissus et que les lèvres de la plaie peuvent être très

facilement ramenées en contact, on se contentera d'agir de la façon suivante :

Le placard lupique étant aseptisé, on le cerne par une incision au bistouri pratiquée en peau saine à 3 ou 4 millimètres du placard. Cette incision doit comprendre l'épiderme, le derme dans toute son épaisseur.

Le sang étant étanché, avec une pince à griffes on saisit un bord de la lésion, puis on soulève en décollant le derme du tissu sous-cutané.

L'extirpation totale est ainsi faite très rapidement. Il ne reste plus alors qu'à rapprocher et à unir les deux lèvres de la perte de substance produite par quelques points au crin de Florence, qu'on serre jusqu'à ce que les surfaces avivées viennent au contact l'une de l'autre.

Cette intervention, étant de peu de durée, nécessite seulement l'anesthésie locale à la cocaïne.

Quand l'antisepsie a été bien faite, la réunion a lieu par première intention, et l'on obtient ainsi une cicatrice linéaire parfaite dans l'espace de quelques jours.

Nous n'avons pu trouver dans la littérature médicale d'observations de lupus de la face traités par ce simple procédé ; mais Foubard, dans sa thèse, rapporte plusieurs cas de lupus des membres traités avec succès par l'ablation suivie de suture.

N'ayant en vue dans notre travail que le lupus de la face, nous ne lui empruntons pas ces observations.

Ablation avec greffes de Thiersch. — Lorsque les dimensions du lupus sont considérables, que ses ramifications s'étendent au loin en surface et en profondeur, le chirurgien pratiquant l'ablation doit, afin d'éviter les récidives, poursuivre les nodules lupiques jusque dans leurs derniers retranchements, d'où pertes de substance assez

étendues et impossibilité d'amener au contact les lèvres de la plaie.

Pour combler ces brèches, hâter la cicatrisation et éviter les cicatrices vicieuses, on a eu recours aux différentes méthodes chirurgicales de réparation cicatricielle ; les greffes et l'autoplastie.

Parmi les méthodes de réparation par les greffes, la plus employée est celle par les greffes de Thiersch, dont nous rappelons brièvement le principe et le manuel opératoire.

Le principe consiste à emprunter à d'autres parties du corps des lambeaux dermo épidermiques que l'on transporte sur la perte de substance à combler, de façon à la recouvrir entièrement. On les prend habituellement à la région antéro-externe de la cuisse. « Après asepsie parfaite de la région choisie, on fait tendre la peau par un aide ; on entame celle-ci avec un rasoir dans la moitié de son épaisseur environ et on descend dans le même plan de clivage par un rapide et régulier mouvement de va-et-vient en *archet*. Si la greffe est bien taillée, un ruban de constante largeur, — de 1 à 2 centimètres — finement doublé, non opaque, blanc rosé, se ramasse par plis réguliers sur la lame : on l'arrête à la longueur convenable en relevant d'un coup net le tranchant appuyé sur le pouce. » (Forgue et Reclus).

Les bandelettes sont placées côte à côte suivant le grand axe de la surface à recouvrir ; elles doivent déborder les marges de la plaie et être mutuellement tangentes. Les transplants demandent en général une vingtaine de jours pour prendre et vivre.

L'extirpation totale du lupus au bistouri suivie de greffes de Thiersch a été employée par plusieurs chirur-

giens ; elle a donné de bons résultats, ainsi qu'en témoignent les observations suivantes.

Observation Première

Vautrin. — *In* Thèse Baur.

Un jeune garçon de 10 ans est amené, en août 1889, à la consultation. Il est atteint d'un lupus de la joue droite de la dimension d'une pièce de 50 centimes environ, qui a débuté deux ans auparavant.

La plaque lupique est traitée par l'ignipuncture. Des cautérisations sont faites deux fois par semaine sur les points où se montrent de petits tubercules rouges. Après deux mois de traitement, aucune amélioration ne s'est produite.

Le petit malade entre à l'hôpital pour faire enlever son lupus.

L'opération est faite le 25 septembre.

Après anesthésie, la plaque lupique est largement enlevée au bistouri ; à la périphérie et dans la profondeur, la limite des tissus malades est hardiment dépassée, le tissu cellulaire sous-cutané lui-même est excisé.

L'hémostase est faite par compression ; une greffe dermo-épidermique de la dimension de la plaie et prise sur la cuisse de l'enfant est immédiatement appliquée.

Pansement au coton imbibé d'acide borique renouvelé le troisième et le sixième jour ; le huitième jour après l'opération, la greffe a complètement pris, le dixième jour le malade sort guéri.

Deux mois après, la cicatrice présente deux petits tubercules pris à tort ou à raison pour une récidive. L'aiguille

positive enfoncée dans chacun d'eux en a raison dans une seule séance d'électrolyse.

Aujourd'hui (juin 1891) la guérison est complète, la cicatrice a la dimension d'une pièce de 20 centimes.

Observation II

Vautrin. — *In* Thèse Baur.

Une jeune fille de 18 ans vint consulter M. le docteur Vautrin pour un lupus du lobule du nez, inutilement traité depuis plus d'un an par des pommades variées.

L'affection, bien limitée, s'étendait sur la narine droite, et mesurait à peu près 1 centimètre de largeur sur 5 à 6 millimètres de hauteur.

L'ablation fut faite immédiatement sans anesthésie ; une greffe prise sur le mollet fut appliquée sur la plaie. Pansement à l'eau simple.

La guérison était complète huit jours après.

L'opération eut lieu en janvier 1890, pas de récidive jusqu'à aujourd'hui (juin 1891).

Observation III

Vautrin. — *In* Thèse Baur.

Une jeune fille en traitement depuis plusieurs années pour un lupus très étendu de la joue droite et du sillon nasogénien, vient en 1888 consulter M. le docteur Vautrin. Les scarifications, l'ignipuncture sont employées sans grand succès.

En août 1890, la malade revient après une absence de plusieurs mois, et présente sur la joue gauche, au-dessous de l'angle externe de l'œil, une rougeur qui avait débuté deux mois auparavant. Cette plaque rouge, parsemée de nodules plus durs, est reconnue pour un lupus analogue à celui de la joue droite.

L'ablation est proposée et acceptée.

Après anesthésie, la plaque lupique est largement excisée et la plaie recouverte d'une greffe dermo-épidermique.

Pansement au coton hydrophile imbibé d'eau salée est renouvelé deux fois en huit jours.

Une petite partie de la greffe ne tient pas, néanmoins vers le huitième jour tout est cicatrisé.

Jusqu'à aujourd'hui (juin 1891) pas de récidive.

3° *Ablation avec autoplastie cutanée.* — Trois méthodes d'autoplastie cutanée ont été préconisées pour réparer les pertes de substance. Dans l'ablation du lupus suivie d'autoplastie, chacune de ces méthodes a donné d'excellents résultats. Nous allons les passer en revue, mais sans insister sur le manuel opératoire que l'on trouve décrit dans tous les traités classiques de médecine opératoire.

a) *Méthode italienne.* — On sait que cette méthode, due à Tagliacozzi, consiste à aller chercher au loin, sur un autre membre ou au tronc, le lambeau nécessaire pour réparer la brèche, mais tout en conservant à ce lambeau, afin d'assurer sa nutrition, une base d'implantation plus ou moins large.

C'est ce procédé qui a donné à Schwartz un magnifique résultat dans un cas de lupus du front dont voici l'observation.

Observation IV

(Schwartz. — Société de chirurgie, 3 décembre 1890.)

M. Schwartz présente un jeune malade de 14 ans, atteint depuis dix ans d'un lupus du front. Ce lupus a été rebelle aux grattages, aux cautérisations par le thermocautère et le galvanocautère associés à un traitement général.

Voici l'état actuel : il existe au front une ulcération arrondie, allant d'un côté jusqu'au milieu du front, de l'autre jusqu'au tiers externe du sourcil gauche, envahissant en bas la paupière supérieure dans son tiers interne, remontant en haut à 3 centimètres du cuir chevelu. Irrégulière d'aspect, elle fait une certaine saillie sur la peau environnante, son centre est recouvert de croûtes, tandis que ses bords offrent une coloration violacée et sont taillés à pic.

Aucun traitement n'ayant réussi, nous nous décidons le 7 octobre 1890 à faire l'extirpation large du lupus ulcéré, et dans la même séance l'autoplastie.

1° Ablation au bistouri, à un demi-centimètre des bords et sur la peau saine, de tout l'ulcère lupeux ; on enlève tout jusqu'au périoste frontal. La plaie étant bien nettoyée et recouverte de gaze iodoformée, on change d'instruments ;

2° On taille sur la peau de la face antérieure de l'avant-bras gauche un lambeau cellulo-cutané, adhérent par un pédicule large au bord interne du membre. L'avant-bras est relevé ; le lambeau, rabattu en bas, est suturé par des

crins de Florence au pourtour de la solution de continuité du front.

Le pédicule est en haut. L'avant-bras étant maintenu par un aide et quelques tours de bandes, pansement à la gaze iodoformée des plaies restantes de l'avant-bras et du front au niveau du pédicule, puis application d'une gouttière plâtrée sur l'avant-bras et le bras reliés par une attelle verticale à une ceinture thoracique, de façon à soutenir le membre et à l'immobiliser.

Pansement ouaté. Les choses se passèrent très bien.

Au bout de dix jours, le 17 octobre, section du pédicule après avoir constaté que le lambeau vivait et tenait par sa périphérie.

Les jours suivants, un peu de desquamation épithéliale superficielle, le gonflement diminue de plus en plus, et la peau transplantée se met de niveau avec celle du front.

Actuellement, 3 décembre, le petit opéré est parfaitement guéri. Le résultat esthétique est très satisfaisant. Aucune tendance à l'ectropion.

b) *Méthode de Celse ou méthode française.* — Cette méthode consiste à utiliser les téguments du voisinage immédiat de la brèche à combler, en taillant un ou plusieurs lambeaux que l'on mobilise sans faire subir de torsion au pédicule.

Morestin a utilisé cette méthode dans deux cas de lupus de la région sus-hyoïdienne, dont voici les observations :

Observation V

Morestin. — Société anatomique. 19 octobre 1900.

Adolphe J...., sommelier, est entré le 21 juillet à l'hôpital Saint-Louis. Isolement n° 11. Il était porteur d'un lupus, datant déjà de loin, mais qui n'avait été encore l'objet d'aucune médication.

Il couvrait toute la région sus-hyoïdienne depuis le menton jusqu'à l'os hyoïde, d'un angle de la mâchoire à l'autre, et ses limites suivant assez exactement le relief du maxillaire inférieur. L'état général était bon, malgré la pâleur du sujet. Il avait eu de fréquentes bronchites, mais ses poumons, à l'auscultation, ne présentaient aucun signe caractéristique de tuberculose avérée. Le lupus était assez bien limité. Ce garçon, ennuyé de porter une lésion qui l'humiliait beaucoup, ne demandait qu'à en être débarrassé. Je fis donc l'ablation de la plaque lupique, au niveau de laquelle il y avait deux ou trois petites ulcérations superficielles. Les téguments furent enlevés dans toute leur épaisseur, y compris même le pannicule sous-cutané. La région sus-hyoïdienne dans sa totalité était écorchée et même la peau se rétractant, entraînée par son élasticité, le bord du maxillaire était à nu et la lèvre inférieure de la plaie se trouvait au niveau de la saillie du thyroïde. Pour combler cette plaie, je décollai les téguments de la partie antérieure du cou dans toute la hauteur de la région sous-hyoïdienne.

J'allai jusqu'à la fourchette sternale dans le sens vertical, latéralement jusque sur le bord postérieur des sterno-mastoïdiens. J'avais ainsi une grande quantité de

peau mobilisée, flottante et malléable ; elle fut remontée sous la mâchoire, comme on remonte un pantalon, et suturée à la lèvre supérieure de la plaie préalablement décollée et mobilisée elle-même sur une hauteur de trois centimètres. Cette suture effectuée, grâce à une légère flexion de la tête, je craignis que la peau ne fût un peu tendue, et fis en travers, au niveau de la fourchette sternale, une petite incision de quatre centimètres. Les bords en furent réunis de droite à gauche si bien que les crins qui avaient servi à les rapprocher formaient une série verticale.

Je regrettai plus tard ce temps additionnel, car il fallut couper les fils ; la tension était trop grande à ce niveau dans le sens transversal. La plaie reprit sa direction première, et il en est résulté simplement une petite cicatrice horizontale au niveau de la fourchette sternale.

A cela près, les choses marchèrent convenablement, et la réunion primitive fut obtenue pour la suture d'en haut, qui décrivait un demi-cercle concentrique à l'arc maxillaire.

J... a quitté l'hôpital le 4 septembre en excellent état, le résultat opératoire étant tout à fait satisfaisant ; l'aspect de la région est redevenu normal, la mâchoire et la tête exécutent tous leurs mouvements sans gêne d'aucune sorte, et quant à la cicatrice en arc, elle est assez abritée par le relief du menton et du maxillaire pour n'être point visible dans l'attitude ordinaire, et elle n'offre à coup sûr rien de disgracieux. Elle forme un relief linéaire, légèrement rosé. On peut dire avec vérité que ce garçon n'a pas perdu au change en remplaçant par cette étroite cicatrice la plaque rougeâtre qui couvrait tout l'espace entre son menton et son col de chemise.

Observation VI

(Morestin. — Société anatomique, 19 octobre 1900)

Marie M..., 16 ans, entrée le 8 août au n° 11 du service d'isolement. Son lupus évoluait depuis fort longtemps déjà, depuis plus de vingt ans. On y avait fait autrefois des scarifications ; mais soit que ce traitement n'ait pas été appliqué selon les règles, soit qu'il n'ait pas été accepté avec la docilité nécessaire, il n'y eut pas d'amélioration.

Le lupus ayant depuis cette époque progressé avec lenteur, mais gagnant toujours du terrain, avait fini par occuper la région sus-hyoïdienne dans toute son étendue. Cette femme ne présentait point de tuberculose pulmonaire, ni d'autre tuberculose externe. Mais c'était une grande hystérique, ayant de fréquentes attaques, et affligée pour le moment d'une hémiplégie hystérique du côté gauche. Une première fois elle était déjà venue, adressée par un des médecins de Saint-Louis, me montrer son lupus. Ma proposition de l'extirper lui avait presque rendu l'usage de sa jambe tant elle avait mis de précipitation à disparaître. Mais l'idée ayant fait son chemin, cette fois elle venait d'elle-même me prier instamment de la débarrasser.

Je l'opérai, le 10 août, à la cocaïne. Je procédai comme pour Adolphe J... La lésion fut circonscrite par deux incisions, l'une antérieure courbe, l'autre postérieure menée en travers, comme la jugulaire d'un casque, d'un angle de la mâchoire à l'autre, passant à la partie la plus reculée de la région.

Après dissection et extirpation de toute la peau malade,

je décollai encore les téguments jusqu'au sternum et les remontai pour les suturer à la branche de section supérieure.

Avant de placer les sutures, j'installai un drain longitudinalement placé sur la ligne médiane.

Un des bouts fut fixé aux muscles digastriques par un crin, dont les deux chefs furent ramenés à travers la peau et noués lâchement. L'autre extrémité sortait par un orifice percé au-dessus du sternum, juste au point où finissait le décollement. Deux points perdus fixèrent la face cruentée des téguments au plan musculo-aponévrotique sous-jacent. La tête fut maintenue légèrement fléchie par le pansement. Les suites furent très heureuses, le drain enlevé le sixième jour, les fils en deux fois, le huitième et le dixième jour. La réunion fut d'emblée parfaite, et quand cette malade nous quitta à la fin du mois d'août, elle avait, comme le précédent malade, toute liberté d'exécuter les mouvements de la mâchoire et de la tête. Au point de vue plastique, le résultat ne laissait absolument rien à désirer, la cicatrice était peu visible, moitié dissimulée par le menton, la région ayant d'ailleurs, à cela près, repris son apparence normale.

Dans un cas de cancer développé sur son lupus étendu de la face, Morestin n'a pas hésité à extirper et la *tumeur* et le *lupus* Pour combler la perte de substance, il a combiné la méthode autoplastique par glissement avec les greffes de Thiersch. Le résultat fut très favorable. Voici d'ailleurs l'observation.

Observation VII

(Morestin. — Société anatomique, 27 juillet 1900)

Alexis T..., entré le 7 mai 1900 à l'hôpital Saint-Louis. Isolement n° 1. Il est porteur, depuis plus de dix ans, d'un lupus de la face occupant la moitié droite du visage. Peu et mal soigné, ce lupus n'a cessé de s'étendre depuis son apparition au centre de la région génienne. Actuellement il s'étend d'une part de l'oreille, légèrement envahie déjà au niveau de son lobule, jusqu'au grand angle de l'œil, à la racine et à l'aile du nez, et à la commissure buccale ; d'autre part, dans le sens vertical depuis la tempe, la lèvre dépassant d'un bon centimètre la limite supérieure de l'arcade zygomatique, et la paupière inférieure, qui commence à se prendre, jusqu'à la région sus-hyoïdienne, car le bord inférieur de la mâchoire est dépassé d'un travers de doigt.

Au centre de cette surface, d'un rouge vif, semée de squames et de nodules particulièrement visibles à la périphérie, s'élève une tumeur grande à peu près comme une pièce de cinq francs. Elle n'est pas régulièrement circulaire : à sa partie postérieure se détache une saillie, presque isolée de la tumeur principale et grosse comme une noisette. Cette dernière portion de la masse néoplasique répond au bord antérieur du masséter.

En avant, les bourgeons épithéliomateux s'étendent jusqu'au voisinage immédiat de la bouche. Car il n'y a pas de doute sur la nature maligne de cette production.

La tumeur, largement ulcérée, offre une sorte de cratère irrégulier, à bords et à fond couverts de bourgeons mol-

lasses, de détritus sphacéliques et laissant suinter un liquide roussâtre d'une horrible fétidité. Cette surface ulcérée saigne avec une grande facilité, au moindre attouchement, et souvent même de petites hémorragies surviennent spontanément. Le tout repose sur une base légèrement indurée à limites indécises. Le malade a remarqué que son lupus grandit assez rapidement depuis quelques mois. Quant à l'ulcération bourgeonnante, il y a trois mois qu'il s'en est aperçu.

Pas d'engorgement ganglionnaire. Etat général bon.

Extirper la tumeur en laissant le lupus me répugnait beaucoup. Une telle conduite est un pis aller quand les lésions, par leur étendue ou leur propagation aux muqueuses, échappent à une érodication complète. C'est une bonne pratique quand le lupus est à peu près guéri et que la tumeur est partie d'une cicatrice.

Dans le cas particulier, les lésions étaient vastes mais purement cutanées, et; par bonheur, n'intéressaient aucun des orifices Je me déterminai donc à en faire l'ablation complète le 14 mai.

Il fallut faire un véritable écorché de la face, toute la peau compromise fut emportée, après avoir été circonscrite par des incisions passant à un centimètre en moyenne des limites apparentes du mal, et détachée aussi rapidement que possible des organes sous-jacents.

La tumeur n'était pas infiltrée dans la profondeur, et ne dépassait pas le tissu cellulaire sous-cutané, le plan musculaire formé par le buccinateur était complètement respecté. Il fallut faire un grand nombre de ligatures avec du fin catgut, puis arrêter par la compression le suintement en nappe qui venait de tous les points de cette énorme plaie Il s'agissait maintenant de réparer la perte de substance ; elle allait de la tempe à l'os hyoïde, et du nez

à l'oreille. Je commençai par demander aux téguments du voisinage tout ce qu'on pouvait attendre de leur élasticité et de leur mobilisation.

En haut, du côté du crâne, leur décollement fut poussé à 4 ou 5 centimètres, mais, comme on pouvait s'y attendre, ils ne se laissèrent pas facilement abaisser et je gagnai peu de chose. Néanmoins, la tranche de section de la peau put être amenée jusqu'au voisinage de l'arcade zygomatique et fixée par des crins de Florence aux tissus fibreux qui s'y insèrent et à l'aponévrose temporale. En arrière, la peau fut décollée de l'aponévrose jusque bien en arrière du sterno-mastoïdien et attirée sur la région parotidienne, où elle fut suturée à l'aponévrose. Le lobule de l'oreille fut reconstitué par une petite suture. Il demeurait plus étroit qu'à l'état normal et plus complètement détaché et flottant. Ce n'était encore qu'un gain très relatif, mais je comptai surtout sur la peau du cou. Elle fut décollée sur une partie considérable et rendue ainsi très mobile, elle put être relevée jusque sur la joue, couvrant la région sus-hyoïdienne et le bord inférieur du maxillaire. Elle fut suturée au masséter, au buccinateur, aux muscles et aux téguments de la lèvre inférieure.

Cette autoplastie par glissement en masse avait diminué très notablement l'étendue de la plaie, de plus d'un tiers. Mais il restait à couvrir toutes les régions buccale, malaire, sous-orbitaire, massétérine, une bonne part de la région parotidienne, un peu de la paupière inférieure et du nez. Pour cela j'utilisai les greffes d'Ollier, prélevées en larges lambeaux sur une des cuisses. Toute la surface cruentée en fut couverte, il ne resta à nu que les intervalles irréguliers et étroits séparant les greffes.

J'appliquai finalement un pansement à la gaze et au coton stérilisé, qui resta en place jusqu'au 22 mai. Les

suites de l'opération furent très simples, et le résultat bien meilleur que je n'osai l'espérer.

Non seulement les téguments mobilisés et déplacés se sont parfaitement adaptés à leur situation nouvelle, mais tous les rubans épidermiques, ou presque tous, il s'en faut de bien peu, ont adhéré et vécu. Les espaces vides se sont réunis secondairement et T... a quitté Saint-Louis le 25 juin très bien guéri — temporairement tout au moins — et très content de sa figure.

Adonis était mieux sans doute, mais par comparaison avec l'état antérieur, T... se trouve, en effet, dans une situation très acceptable, car au lieu de l'horrible plaque rouge, portant un cratère fétide, la joue est lisse, unie et pâle.

Certes ce n'est pas l'état normal. Les applications de minces lambeaux n'ont pas comblé en épaisseur la perte de substance. Aussi les parties molles sont plus minces, et la joue paraît plate et même un peu creusée, alors qu'elle est arrondie du côté sain.

D'autre part, la coloration n'est pas la même des deux côtés du visage, comme il est de règle dans les cas de ce genre, les greffes sont pâles, blanchâtres et séparées par des lignes cicatricielles rosées.

Il faut espérer que ce résultat s'améliorera à la longue, si la récidive ne survient pas. Au point de vue fonctionnel tout est bien, il n'y a ni gêne, ni déviation du côté des paupières ou de la bouche. Les mouvements de la mâchoire s'exécutent très aisément, la mastication est normale ; il ne s'est donc produit aucune rétraction cicatricielle et la réfection rapide d'une nouvelle couverture dermo-épidermique a prévenu toute modification fâcheuse des parties molles sous-jacentes. Dès le premier pansement, le malade, inquiet du nouveau facies que lui avait fait l'opération

demanda un miroir. « Cela me va, dit-il, je suis bien mieux ainsi. » Et depuis il nous a exprimé à plusieurs reprises combien il était heureux de sa transformation. L'opinion du principal intéressé a bien quelque importance dans cette question d'esthétique.

c) *Méthode indienne*. — Dans cette méthode, on se sert d'un lambeau emprunté au voisinage de la brèche, et amené sur la plaie tout en restant attaché aux parties environnantes par un pédicule tordu sur lui-même. C'est ce procédé qu'a employé M. le professeur Forgue, après l'ablation d'un lupus au nez, dont l'observation suit : les photographies que nous y joignons montrent l'excellence du résultat obtenu.

Observation VIII

(Recueillie dans le service de M. le professeur Forgue)

Paul X......, cultivateur, 20 ans, entre pour un lupus du nez, salle Delpech, n° 11, service de M. le professeur Forgue, le 20 décembre 1900.

Pas d'antécédents personnels, ni héréditaires.

Santé habituelle, excellente.

L'affection a débuté il y a deux ans, sur la pointe du nez, par une petite induration rouge vineux, qui a persisté pendant quelques mois et s'est peu à peu ulcérée. L'induration et l'ulcération ont progressé peu à peu, envahissant le nez vers sa racine et les deux ailes des narines. Pas de traitement.

Etat actuel à l'entrée. — État général bon.

Le malade est défiguré par un lupus érythémateux

qui a détruit la peau de la pointe du nez et de la narine droite. Le lupus a gagné les deux tiers inférieurs du nez, sans toutefois dépasser le sillon nasogénien des deux côtés. La photographie du malade, prise par un étudiant dans de mauvaises conditions d'éclairage dans la salle d'opérations et en pleine lumière), ne donne pas une idée très exacte de la lésion : le nez était recouvert d'une plaque rouge vineux indurée, ulcérée au niveau de la pointe et des narines ; le cartilage etait mis à nu.

M. le professeur Forgue propose l'extirpation, qui est acceptée par le malade.

Opération par M. le professeur Forgue. — Anesthésie à l'éther. Ablation du lupus et de la peau environnante à la curette, à la pince et au bistouri. A l'aide d'un morceau de silk protective bouilli, M. Forgue mesure exactement la perte de substance et taille un lambeau trifolié, correspondant à la surface cruentée, mais ayant un tiers de plus dans ses dimensions. Il applique ce « patron » sur le front, la pointe en bas, il incise au bistouri la peau frontale tout autour, et la libère rapidement. Hémostase. Le lambeau décollé est rabattu sur le nez, maintenu par son pédicule tordu. Suture des bords du lambeau aux lèvres de la perte de substance au crin de Florence ; deux drains sont fixés dans les narines pour les calibrer.

Pansement à la vaseline iodoformée.

Quinze jours après l'opération, pansement. Réunion par première intention. On enlève les fils, mais on laisse les drains. Le lambeau a pris parfaitement, le nez est encore un peu massif, surtout au niveau des narines qui sont trop épaisses.

Après quelques pansements, la cicatrisation est termi-

née au niveau des narines, qui sont régulièrement calibrées, souples et indolores.

Le malade sort un mois après l'opération en bon état :



Fig. 1. — Avant l'extirpation.

la peau du nez est normale, souple, indolore ; la forme du nez est satisfaisante, surtout si on la compare à ce qu'elle était avant l'opération.

M. le professeur Forgue a revu le malade en 1902, le malade étant entré de nouveau dans le service pour une luxation du coude. La photographie prise pendant ce



Fig. 2. — Après ablation et rhenoplastie.

second séjour, montre que le nez, bien qu'un peu épaté et dévié vers la droite, est très satisfaisant : mais, surtout, il n'y a point de trace de lésion.

Plusieurs étudiants qui avaient vu le malade avant l'opération, trouvent le résultat esthétique obtenu très remarquable ; l'intéressé lui-même en est d'ailleurs très satisfait.

CONCLUSIONS

I. — Parmi les nombreuses méthodes thérapeutiques destinées à guérir le lupus, les deux meilleures sont la photothérapie et l'extirpation.

II. — La photothérapie par la méthode de Finsen (de Copenhague) présente deux inconvénients : la nécessité d'une installation spéciale dispendieuse et compliquée, son échec dans certaines formes de lupus.

III. — L'ablation au bistouri réalise idéalement l'indication logique qui se pose en présence d'une localisation tuberculeuse.

IV. — Elle a pour avantages de supprimer un foyer bacillaire menaçant pour l'organisme, de permettre une guérison rapide avec une cicatrice qui n'est pas plus apparente ni plus disgracieuse que la cicatrice due à la guérison par les procédés des dermatologistes.

V. — On comblera la perte de substance, soit en suturant les lèvres de la plaie amenées au contact, si le lupus est petit, soit en se servant d'un lambeau autoplastique ou de greffes de Thiersch.

BIBLIOGRAPHIE

BAUR. — Du traitement du lupus. Emploi des greffes dermo-épidermiques (Th. Nancy, 1891).

BAZIN. — Traité des maladies de la peau.

BESNIER. — Traitement de la tuberculose lupique (*Revue générale de Clinique*, 1891, n° 2).

— Discussion de la réunion dermatologique sur le traitement du lupus (*Berlin. klin. Woch.*, 2 mai 1891).

— Articles sur le lupus (*Annales de dermat. et syph.*, 1880-1883 1884 1885 1891-1899-1900-1901).

BIDERBEL. — Le traitement radical du lupus (*Lancet*, 21 juillet 1894).

BONNEAU. — Exposé historique du traitement du lupus (Th. Paris, 1883).

BROCA. — Traitement du lupus par le raclage (*Mercredi Méd.*, 16 déc. 1891).

BROCQ. — Traité des maladies de la peau.

BROCQ et BISSERIÉ. — Traitement du lupus par la haute fréquence (Soc. de dermat. et syph., 6 déc. 1900).

BRUMA. — Guérison du lupus par la galvanocaustie (*Berlin. klin. Woch.*, 26 juillet 1886).

BUSCHKE. — Die operative Behandlung des lupus (*Berlin. klin. Woch.*, 1898, n° 47).

CABROL. — Traitement du lupus par les injections de calomel (Th. Montpellier, 1899).

CHABROL. — Contribution à l'étude du traitement du lupus tuberculeux (Th. Montpellier, 1894-95).

CHANT. — De la tuberculose chirurgicale (*Revue de chirurgie*, 1884).

CHOUT. — Du lupus tuberculeux. Nouveau mode de traitement (Th. Nancy, 1892).

CHRISTEMER. — Contribution à l'étude thérapeutique du lupus vulgaire de la face (Th. Paris, 1887).

CLARKE. — Traitement du lupus de la face par l'ablation et la greffe en lambeaux (London med. Society, 13 Anors 1893).

CORLETT. — Diagnostic et traitement du lupus (*Med. News*, 18 juin 1892).

DANLOS. — Traitement du lupus par des applications de sodium (Soc. de dermat. et de syph., 7 sept. 1901).

DEVERGIE. — Traité pratique des maladies de la peau.

DUBOIS-HAVENITH. — Traitement du lupus (Policlinique de Bruxelles, 1er juillet 1894).

DU CASTEL. — Traitement du lupus (*Union Méd.*, 9 avril 1892).

EHRMANN. — Traitement du lupus par la résorcine (*Wiener Dermat. Gesellchaft*, 12 avril 1899).

FORGUE et RECLUS. — Traité de thérapeutique chirurgicale.

FOUBARD. — Etude sur le traitement des lupus des membres et en particulier des lupus verruqueux par le raclage et l'ablation au bistouri (Th. Paris, 1894-95).

FINSEN. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1900.

GARTNER et LUTGARTEN — Traitement du lupus par l'électrolyse (*Wien. med. Woch.*, 1886).

DE GOVEA. — Cure radicale de lupus palpébral par l'excision et la blépharoplastie (Soc. franç. d'ophl., mai 1899).

HAHN. — Traitement du lupus par les greffes épidermiques (*Centralblatt fur Chir.*, 1883).

HARDY. — Affections de la peau.

HEBRA. — Lupus de la commissure palpébrale traité par l'excision (*Wien. dermat. Gesellch.*, 16 nov. 1898).

HELLER. — Traitement du lupus (*Wiener med. Press*, 1888, n° 16).

HOLLANDER. — Ueber die Nesenlupus (*Berlin. klin. Woch.*, 1899).

JACKSON. — Electrolyse dans le traitement du lupus (*J. of cutaneous diseases*, nov. 1890).

JARISH. — Traitement du lupus vulgaire (*Centralb. für Therapie*, 1890).

KAPOSI. — Traité des maladies de la peau.

KRAMER. — Traitement du lupus (*Annals of surgery*, 1893).

LANG. — Die resultate der operativen Lupusbehandlung (*Wiener. klin. Rundschau*, 1898, n° 13).

— *Bulletin de la Soc. de chirurgie,* 1900.

Leloir. — Traitement du lupus (*Bulletin méd.*, janvier 1891).

Leredde. — *Bulletin de la Soc. de chirurgie*, 1901.

Morestin. — *Bulletin de la Soc. anatomique*, 1900.

Nélaton. — *Bulletin de la Soc. de chir.*, 1899-1900-1901.

Nobl. — *Centralblatt für die Gessamte therapie,* 1900, n° 47.

Roux. — Greffes dans le lupus (Soc. Vaudoise, 1885).

Schwartz. — Lupus rebelle du front, extirpation, autoplastie par la méthode italienne (*Bulletin de la Soc. de chir.*, XVI, p. 782).

Schutz. — Traitement du lupus (*Arch. für Dermat.*, 1893).

Stowers. — Traitement du lupus (*The Practionner*, octobre 1886)

Tavastjerna. — Traitement du lupus par l'extirpation totale (*Finske Lokaresallskonets Handlinge*, déc. 1898, p. 1283).

Teneson. — Traité des maladies de la peau.

Thibierge. — *Gazette des hôpitaux,* 1894.

Urban. — Traitement du lupus par la méthode de Thiersch (*Berlin. klin. Woch.*, 1892).

Vidal. — Leçons cliniques sur le lupus.

Walker. — Variétés de lupus, leur traitement (*Edimburg med. Jour.*, août 1894).

Vu et permis d'imprimer

Montpellier, le 10 juillet 1902.

Le Recteur :

A. BENOIST

Vu et approuvé

Montpellier, le 10 juillet 1902

Le Doyen

MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !